

Osteocondritis disecante de la cabeza del 2º metacarpiano en un niño. A propósito de un caso.

TORRES-CAMPOS, ANTONIO. EZQUERRA-HERRANDO, LAURA. BELLO-NICOLAU, MARIA LUISA. ALBAREDA ALBAREDA, JORGE.

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES, ZARAGOZA (ESPAÑA)

Resumen. La osteocondritis disecante en articulaciones de la mano es un proceso muy raro, sólo existen dos casos previos publicados en la literatura. Presentamos un paciente de 10 años de edad con dolor e impotencia funcional de la articulación metacarpofalángica de la mano izquierda de semanas de evolución. Con el diagnóstico final de osteocondritis disecante realizamos una resección del fragmento libre asociadas a perforaciones con aguja fina. Tras el primer año de seguimiento el paciente se encuentra asintomático y se observa remodelación casi completa de la superficie articular.

Osteochondritis dissecans of the 2nd Metacarpal Head in a child. Apropos of a case.

Summary. Osteochondritis in the hand is a rare process. Only two cases were reported in the previous literature. In this report we present a 10 years old boy with pain and a few functional limitation in second metacarpal phalangeal joint for weeks. With the final diagnosis of osteochondritis dissecans we performed surgery. Intraoperatively the cartilage flap was removed and some drilling was realized. Before one year the patient was asymptomatic and we observed an improvement of articular surface.

Correspondencia:
Antonio Torres Campos
Avd. de las Estrellas nº 13 Esc. 2ª 6º A
50012 Zaragoza.
drtorrs@gmail.com

Introducción

La osteocondritis disecante es una alteración de etiología no inflamatoria ni infecciosa que puede ocurrir en varios centros de osificación. Es una forma de fractura osteocondral u osteocondritis epifisaria¹. Fue descrita como necrosis por Paget² inicialmente y luego llamada osteocondritis disecante por Konning en 1888³, sin embargo todavía existe controversia sobre la causa de la enfermedad. A pesar de este mecanismo desconocido se considera el traumatismo como desencadenante inicial y causa más frecuente. Presentando una mayor incidencia en otras articulaciones, es un proceso muy raro en manos, existiendo sólo dos publicaciones previas en la literatura⁴⁻⁵.

Caso Clínico

Niño de 10 años de edad, jugador de fútbol habitual es derivado al servicio de urgencias por dolor en articulación y cabeza de 2º MTC de semanas de evolución sin historia previa de traumatismo agudo. Durante el examen clínico se objetivó pequeño hematoma y dolor localizado en articulación que se incrementa con flexión forzada sin aparentes déficits funcionales. Radiológicamente observamos una lesión osteocondral dependiente de cabeza de 2º MTC sin afección fisaria (Fig. 1). Se solicitó TAC para confirmar la sospecha diagnóstica de osteocondritis disecante en la que destacaban ligera fragmentación alrededor del fragmento osteocondral libre (Fig. 2).

Con este diagnóstico de sospecha decidimos realizar escisión quirúrgica del fragmento mediante abordaje dorsoradial en la articulación. El fragmento osteocondral es extraído y realizamos perforaciones retrogradas según técnica de Pridie con una aguja de 1,2 mm en cabeza del metacarpiano. No se demostró inestabilidad intraoperatoria de la articulación. No hubo complicacio-

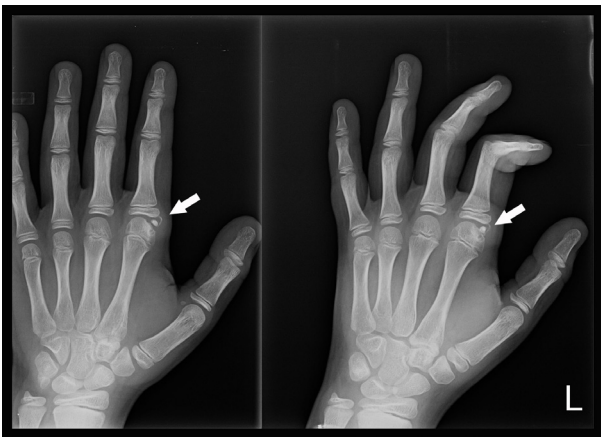


Figura 1. Rx simple. Fragmento osteocondral en la zona distal del 2º metacarpiano de la mano izquierda.

nes en el postoperatorio. El estudio anatomopatológico concluía que la pieza mostraba fragmento osteocondral en cuerpo libre y necrosis central del hueso (osteocondritis disecante) en este caso dependiente de la cabeza del segundo metacarpiano.

Tras el alta hospitalaria se favoreció movilidad activa de la articulación. El paciente fue visto a las 6 semanas de la intervención con movilidad completa activa, pasiva y desaparición casi completa del dolor. Después de un año de la cirugía el paciente está asintomático y se ha producido una remodelación casi completa de la cabeza del metacarpiano (Fig. 3).

Discusión

Algunos autores han descrito la osteocondritis disecante como un desorden que ocurre en niños, adolescentes y adultos jóvenes, de causa desconocida y controvertida, que es caracterizado por un fragmento de cartílago articular asociado a hueso subcondral (un fragmento osteocondral) que se encuentra total o parcialmente separado de la superficie articular^{6,7}.

También ha sido descrito como resultado de un traumatismo directo y afecta a parte del hueso en diferentes sitios⁸. En nuestro caso consideramos que la etiología más probable fue un traumatismo agudo por lesión deportiva en contraposición a microtraumas repetitivos descritos en los dos casos publicados⁴⁻⁵. Una lesión del hueso subcondral produce necrosis avascular del fragmento. Si falla la revascularización en el fragmento crece un tejido fibroso en la zona de la fractura y el hueso subcondral finalmente se reabsorbe. La reabsorción favorece cambios en la superficie articular, ya que, los cuerpos libres si están completamente separados, pueden inducir una importante degeneración artrósica.

Al abordar este caso fue importante diferenciarlo de la Enfermedad de Dieterich que es una necrosis avascular que ocurre en la cabeza de los metacarpianos, de etiología desconocida aunque se asocia a procesos sistémicos como las vasculitis, el lupus, traumatismos o toma de esteroides⁹. En este caso lo descartamos ya

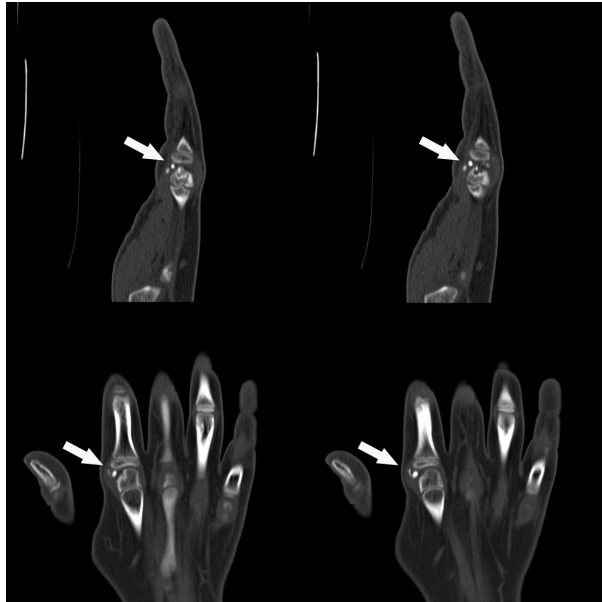


Figura 2. TAC Mano izquierda: Cuatro imágenes en dos planos objetivando ligera fragmentación osteocondral y cuerpos libres articulares.

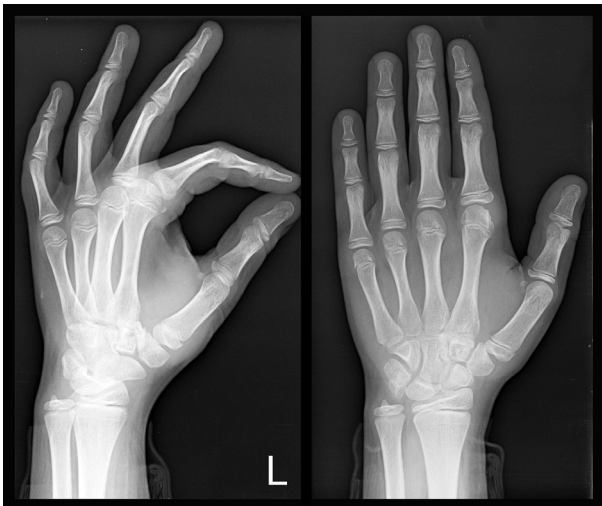


Figura 3. Rx simple: Tras un año de la cirugía superficie articular remodelada sin signos de hundimiento articular.

que no mostraba las imágenes típicas de aplanamiento de la cabeza del metacarpiano o signo de la media luna con impactación cortical que se consideran signos radiológicos patognomónicos precoces de la necrosis avascular¹⁰ y existía, secundariamente, confirmación anatomopatológica de la lesión.

En un tercio de los casos la osteocondritis disecante afecta a pacientes entre 10 y 20 años denominándose “forma juvenil”. En este grupo la osteocondritis afecta a esqueletos inmaduros con placas de crecimiento abiertas. Aunque puede afectar a cualquier articulación sinovial, la rodilla es la articulación más frecuentemente afectada (70% de los casos)¹¹, con menor frecuencia se observa en capitelum (6%) y astrágalo (4% de los casos).

La osteocondritis de la cabeza del segundo metacarpiano es una patología extremadamente rara y su tratamiento no está claramente descrito en relación a otras localizaciones como la rodilla o el astrágalo⁵. El abordaje depende de la edad del paciente, o más específicamente de la maduración esquelética¹² en el momento de la lesión. Aunque existen diferentes tratamientos para el manejo de esta patología, incluyendo osteosíntesis, mosaicoplastia, implante de condrocitos, etc, en estas arti-

culaciones pequeñas la simple exéresis del fragmento con o sin perforación retrógrada con aguja fina ha sido realizado con resultados satisfactorios. A pesar de que los casos de Barrueco⁴ y Lowyck⁵ presentan la misma localización de la lesión, el distintivo de nuestro caso es la edad del paciente, 10 años, ya que no existen casos previos en la literatura de formas juveniles con fisas de crecimiento abiertas.

Bibliografía:

1. Freemon, T. Osteochondritis. Orthop and Trauma 2010 24:6; 410-5.
2. Paget J. On the production of some of the loose bodies and joints. St. Bartholomew's Hosp Rep 1870;6:1.
3. Konig F. Ueber freie korper in den geelen. Dtsch Z Chir 1887-1888;27:90.
4. Barrueco J.L. Zapatero, M. Lignereux, Y. Regodon, S. Osteochondritis dissecans of the head of the second metacarpal bone. J Hand Surg 1992; 17(6); 1079-81.
5. Lowyck, H. De Smet, L. Osteochondritis of the second metacarpal head: a case report. J Plastic Surg 2008 31:2; 81-2.
6. Pappas A. Osteochondritis dissecans. Clin Orthop 1981;158:59-69.
7. Ralston M, Williams J, Bach B, Bush-Joseph C, Knopp W. Osteochondritis dissecans of the knee. Phys Sports Med 1996;24:73-84.
8. Allock, PA. Prakash, U. Finlayson, D. Osteochondritis of the base of the first metacarpal following a physeal injury. Injury 2002; 33:267-8.
9. Wijeratna MD, Hopkinson-Woolley JA. Conservative management of Dieterich disease: case report. J Hand Surg Am. 2012;37(4):807-10.
10. Levine M, Allen A, Stein JL, Schwartz S. The crescent sign. Radiology 1963;81:971-3.
11. Crawford DC. Osteochondritis dissecans of the knee. J Am Acad Orthop Surg 2006; 14:90-100.
12. Dettlerline, AJ, Goldstein, JL. Rue, JP. Bach Jr, BR. Evaluation and treatment of osteochondritis dissecans lesion in the knee. J Knee Surg 2008; 21:106-15.